

conclusion



Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.



406414 10/17/11 210 10/8/11 21210 8/23/09 435919 INTERCÂMBIO

8- Número da Carteira 00020125341139110000010101 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11- Data Validação da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde 13- Nome JOAO BATISTA DE LUCENA SOUSA 14- Data de Emissão do Documento 08/05/1970 15- Nome do titular do Plano JOAO BATISTA DE LUCENA SOUSA

16- Atendimento a RN 17- Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 18- Número no CRO 20813 19- UF PR 20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 06348169110 22- Nome do Contratado Emocliente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 23- Número no CRO 20813 24- UF PR 25- Código CNES 26- Nome do Profissional Emocliente TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 27- Número no CRO 20813 28- UF PR 29- Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faixa	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut.	40- CBO de Realização	41- Monto da CBO	42- Assinatura
1- 0 0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	10,0			10,0		
2- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6	10,0			10,0		
3- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,6	10,0			10,0		
4- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,6	10,0			10,0		
5- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,6	10,0			10,0		
6- 0 0 0												
7- 0 0 0												
8- 0 0 0												
9- 0 0 0												
10- 0 0 0												
11- 0 0 0												
12- 0 0 0												
13- 0 0 0												
14- 0 0 0												
15- 0 0 0												

43- Data Previsto Término do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Lúpnica/Embrópica 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcela 46- Total Quantidade US 1 7 8 10 0 47- Valor Total R\$ 10,0 48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0,0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Sociedade 51- Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53- Data, local e Carimbo da Empresa

conclusão



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

concluído

24h



437722
INTERCÂMBIO

4064:4

10/09/11 12/12/10

AUTORIZADO

17

10/09/10 13/11/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 0 2 0 1 2 5 2 8 2 7 0 8 0 0 0 3 9 4 0 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
FUNDAÇÃO DE SAÚDE ITAIGUAPY

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

KAREN CRISTINI BORGES

03/12/1995

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
KAREN CRISTINI BORGES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH
N 17-Nome do Profissional Solicitante
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

22-Nome do Contratado Executante
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

18-Número no CRO
20813

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0 1 6 3 4 8 1 6 6 9 1 0

23-Número no CRO
20813

24-UF
PR

25-Código CNEB

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

27-Número no CRO
20813

28-UF
PR

38-Franquia/Co-participação R\$

35-A.C.

40-Data de Realização

41-Índice de Cobrança 42-Atividade

30-Atividade 31-Código do Procedimento

1-0 0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dentifregio

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

35-A.C.

40-Data de Realização

41-Índice de Cobrança 42-Atividade

2-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HASD

1

3 8

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

3-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HASE

1

3 6

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

4-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HAIE

1

3 6

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

5-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HAID

1

3 6

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

6-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

7-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

8-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

9-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

10-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

11-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

12-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

13-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

14-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

15-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo do Faturamento

1-TOTAL 2-Parcial

46-Total Quantidade US

1 7 8 10 0

47-Valor Total R\$

10 10 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Grupo-Operadora

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CLINICA ODONTOLÓGICA

Cirurgião Dentista

Especialista em Implantantes

CRO-PR 209713

SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.000.008/0001-50

CRO/PR 1273 - CUITA 68089999

conclusiões

433416
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde09/05/200915-Nome do titular do plano

10

MANAGING CONFLICT

20-Conting CBO S25-Código CNEC29-Código CBO 5

1

100

[illegible]

20	20	20
----	----	----

1. Mass

三、

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

E	E	E
E	E	E
E		

三、

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—

三

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99
100	101	102
103	104	105
106	107	108
109	110	111
112	113	114
115	116	117
118	119	120
121	122	123
124	125	126
127	128	129
130	131	132
133	134	135
136	137	138
139	140	141
142	143	144
145	146	147
148	149	150
151	152	153
154	155	156
157	158	159
160	161	162
163	164	165
166	167	168
169	170	171
172	173	174
175	176	177
178	179	180
181	182	183
184	185	186
187	188	189
190	191	192
193	194	195
196	197	198
199	200	201
202	203	204
205	206	207
208	209	210
211	212	213
214	215	216
217	218	219
220	221	222
223	224	225
226	227	228
229	230	231
232	233	234
235	236	237
238	239	240
241	242	243
244	245	246
247	248	249
250	251	252
253	254	255
256	257	258
259	260	261
262	263	264
265	266	267
268	269	270
271	272	273
274	275	276
277	278	279
280	281	282
283	284	285
286	287	288
289	290	291
292	293	294
295	296	297
298	299	300
301	302	303
304	305	306
307	308	309
310	311	312
313	314	315
316	317	318
319	320	321
322	323	324
325	326	327
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339
340	341	342
343	344	345
346	347	348
349	350	351
352	353	354
355	356	357
358	359	360
361	362	363
364	365	366
367	368	369
370	37	

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

E	E	E
E	E	E
E	E	E

298,10

43-Total Franch	

_____ / Co-participação R\$ _____

[illegible][illegible][illegible]

1000

ONTOLÓGICA
ER LTDA.
8.896/000
CNEC 50

1-50



30306
INTERCÂMBIO

14 01/08/12 01/02/10 AUTORIZADO 812...

6-Número da Carteira 0101202528270800032101 9-Palco POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 11-Dados Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome THIAGO DONIZETE REIS 22/02/1999 14-1ª Sessão 15-Nome do titular do plano THIAGO DONIZETE REIS

16-Almofada a RV 17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 18-Número no CRO 20813 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 01613481669110 22-Nome do Contratado Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 23-Número no CRO 20813 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 27-Número no CRO 20813 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista	34-Fee	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Mat	40-Dia de Realização	41-Moeda da Orla	42-Assinatura
1-010181001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	34,00	0	0,00	10,00	10	10/12/20	10	[Assinatura]
2-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0	0,00	10,00	10	10/12/20	10	[Assinatura]
3-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0	0,00	10,00	10	10/12/20	10	[Assinatura]
4-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0	0,00	10,00	10	10/12/20	10	[Assinatura]
5-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0	0,00	10,00	10	10/12/20	10	[Assinatura]
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dados Previsto Termino do Tratamento 44-Tipo de Abundamento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Enfermidade

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fôrmam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dados, local e Cuidado da Empresa

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 68089999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

CONCURSO

24



425832
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
12/3/11/2/0

4-Dia de Autorização
12/4/11/2/0

5-Serina
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8081912

7-Dia Validade da Serina
12/1/02/1/2/1

8-Número da Carteira
0/0/2/0/2/5/2/9/7/1/9/3/0/0/0/3/6/0/2/1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
TELEVISAO NAPI LTDA

11-Dia Validade da Carteira
1/1/1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ELIO ANTONIO MASSUTTI

14-Telefone
05/07/1964

15-Nome do titular do plano
MARIA DE LOURDES KLOCK

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

18-Número no CRO
20813

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0/6/3/4/8/1/6/6/9/1/0

22-Número no CRO
20813

23-UF
PR

24-Código CNES
20813

25-Código CBO S
20813

26-Valor
PR

27-Código CBO S
20813

28-Valor
PR

29-Código CBO S
20813

30-Valor
PR

31-Código CBO S
20813

32-Valor
PR

33-Código CBO S
20813

34-Valor
PR

35-Código CBO S
20813

36-Valor
PR

37-Código CBO S
20813

38-Valor
PR

39-Código CBO S
20813

40-Valor
PR

41-Código CBO S
20813

42-Valor
PR

43-Código CBO S
20813

44-Valor
PR

45-Código CBO S
20813

46-Valor
PR

47-Código CBO S
20813

48-Valor
PR

49-Código CBO S
20813

50-Valor
PR

51-Código CBO S
20813

52-Valor
PR

53-Código CBO S
20813

54-Valor
PR

55-Código CBO S
20813

56-Valor
PR

57-Código CBO S
20813

58-Valor
PR

59-Código CBO S
20813

60-Valor
PR

61-Código CBO S
20813

62-Valor
PR

63-Código CBO S
20813

64-Valor
PR

65-Código CBO S
20813

66-Valor
PR

67-Código CBO S
20813

68-Valor
PR

69-Código CBO S
20813

70-Valor
PR

71-Código CBO S
20813

72-Valor
PR

73-Código CBO S
20813

74-Valor
PR

75-Código CBO S
20813

76-Valor
PR

77-Código CBO S
20813

78-Valor
PR

79-Código CBO S
20813

80-Valor
PR

81-Código CBO S
20813

82-Valor
PR

83-Código CBO S
20813

84-Valor
PR

85-Código CBO S
20813

86-Valor
PR

87-Código CBO S
20813

88-Valor
PR

89-Código CBO S
20813

90-Valor
PR

91-Código CBO S
20813

92-Valor
PR

93-Código CBO S
20813

94-Valor
PR

95-Código CBO S
20813

96-Valor
PR

97-Código CBO S
20813

98-Valor
PR

99-Código CBO S
20813

100-Valor
PR

101-Código CBO S
20813

102-Valor
PR

103-Código CBO S
20813

104-Valor
PR

105-Código CBO S
20813

106-Valor
PR

107-Código CBO S
20813

108-Valor
PR

109-Código CBO S
20813

110-Valor
PR

111-Código CBO S
20813

112-Valor
PR

113-Código CBO S
20813

114-Valor
PR

115-Código CBO S
20813

116-Valor
PR

117-Código CBO S
20813

118-Valor
PR

119-Código CBO S
20813

120-Valor
PR

121-Código CBO S
20813

122-Valor
PR

123-Código CBO S
20813

124-Valor
PR

125-Código CBO S
20813

126-Valor
PR

127-Código CBO S
20813

128-Valor
PR

129-Código CBO S
20813

130-Valor
PR

131-Código CBO S
20813

132-Valor
PR

133-Código CBO S
20813

134-Valor
PR

135-Código CBO S
20813

136-Valor
PR

137-Código CBO S
20813

138-Valor
PR

139-Código CBO S
20813

140-Valor
PR

141-Código CBO S
20813

142-Valor
PR

143-Código CBO S
20813

144-Valor
PR

145-Código CBO S
20813

146-Valor
PR

147-Código CBO S
20813

148-Valor
PR

149-Código CBO S
20813

150-Valor
PR

151-Código CBO S
20813

152-Valor
PR

153-Código CBO S
20813

154-Valor
PR

155-Código CBO S
20813

156-Valor
PR

157-Código CBO S
20813

158-Valor
PR

159-Código CBO S
20813

160-Valor
PR

161-Código CBO S
20813

162-Valor
PR

163-Código CBO S
20813

164-Valor
PR

165-Código CBO S
20813

166-Valor
PR

167-Código CBO S
20813

168-Valor
PR

169-Código CBO S
20813

170-Valor
PR

171-Código CBO S
20813

172-Valor
PR

173-Código CBO S
20813

174-Valor
PR

175-Código CBO S
20813

176-Valor
PR

177-Código CBO S
20813

178-Valor
PR

179-Código CBO S
20813

180-Valor
PR

181-Código CBO S
20813

182-Valor
PR

183-Código CBO S
20813

184-Valor
PR

185-Código CBO S
20813

186-Valor
PR

187-Código CBO S
20813

188-Valor
PR

189-Código CBO S
20813

190-Valor
PR

191-Código CBO S
20813

192-Valor
PR

193-Código CBO S
20813

194-Valor
PR

195-Código CBO S
20813

196-Valor
PR

197-Código CBO S
20813

198-Valor
PR

199-Código CBO S
20813

200-Valor
PR

201-Código CBO S
20813

202-Valor
PR

203-Código CBO S
20813

204-Valor
PR

205-Código CBO S
20813

206-Valor
PR

207-Código CBO S
20813

208-Valor
PR

209-Código CBO S
20813

210-Valor
PR

211-Código CBO S
20813

212-Valor
PR

213-Código CBO S
20813

214-Valor
PR

215-Código CBO S
20813

216-Valor
PR

217-Código CBO S
20813

218-Valor
PR

219-Código CBO S
20813

220-Valor
PR

221-Código CBO S
20813

222-Valor
PR

223-Código CBO S
20813

224-Valor
PR

225-Código CBO S
20813

226-Valor
PR

227-Código CBO S
20813

228-Valor
PR

229-Código CBO S
20813

230-Valor
PR

231-Código CBO S
20813

232-Valor
PR

233-Código CBO S
20813

234-Valor
PR

235-Código CBO S
20813

236-Valor
PR

237-Código CBO S
20813

238-Valor
PR

239-Código CBO S
20813

240-Valor
PR

241-Código CBO S
20813



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



417412
INTERCÂMBIO

ENTRADA PARA OBT. ADM

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/11	4-Data de Autorização 11/13/11	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8046430	7-Data Válida da Semina 11/10/10 a 12/12/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0101202533272800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ADRIANE MELO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ADRIANE MELO
-------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	18-Número no CRO 20813	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0163481669110	22-Nome do Contratado Encarregado TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	23-Número no CRO 20813	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100218 (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100218
26-Nome do Profissional Encarregado TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	27-Número no CRO 20813	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cód	36-Quantidade US	37-Válv	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-0	01851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	M	1	6,1,0,0	1,0,0,0	1,0,0,0	1	11/11/2011	1	11/11/2011
2-0	01851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OMD	1	1,2,2,0,0	1,0,0,0	1,0,0,0	1	11/11/2011	1	11/11/2011
3-0	01851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	ODM	1	1,2,2,0,0	1,0,0,0	1,0,0,0	1	11/11/2011	1	11/11/2011
4-0	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	1,8,8,0,0	1,0,0,0	1,0,0,0	1	11/11/2011	1	11/11/2011
5-0	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	1,8,8,0,0	1,0,0,0	1,0,0,0	1	11/11/2011	1	11/11/2011
6-0	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	1,8,8,0,0	1,0,0,0	1,0,0,0	1	11/11/2011	1	11/11/2011
7-0	01851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMF	1	1,2,2,0,0	1,0,0,0	1,0,0,0	1	11/11/2011	1	11/11/2011
8-0	01851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	M	1	6,1,0,0	1,0,0,0	1,0,0,0	1	11/11/2011	1	11/11/2011
9-0	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	MD	1	1,8,8,0,0	1,0,0,0	1,0,0,0	1	11/11/2011	1	11/11/2011
10-0	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	1,8,8,0,0	1,0,0,0	1,0,0,0	1	11/11/2011	1	11/11/2011
11-0	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	1,8,8,0,0	1,0,0,0	1,0,0,0	1	11/11/2011	1	11/11/2011
12-0	01851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	M	1	6,1,0,0	1,0,0,0	1,0,0,0	1	11/11/2011	1	11/11/2011
13-0	0182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47	1	1	7,3,0,0	1,0,0,0	1,0,0,0	1	11/11/2011	1	11/11/2011
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11150,00	47-Vale Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	------------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



ltda - inscrita no CNPJ nº 06.718.111/0001-00

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

concluída

24x



1-Registro AAS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
11/3/11 11/2/01

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8052587

7-Dia Validade da Série
11/1/02 11/2/11

8-Dia Validade da Guia
11/1/02 11/2/11

9-Intercâmbio
418784

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira
10 0 2 0 2 5 2 8 2 7 0 8 0 0 0 5 5 0 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Endereço
FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

11-Dia Validade da Carteira
11/1/11 11/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
KETLYN CRISTINE FERREIRA DONATO

17/08/1990

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
KETLYN CRISTINE FERREIRA DONATO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

18-Número no CRO
20813

19-UF
PR

20-Código CRO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10 6 3 4 8 1 6 9 1 0

22-Número no CRO
20813

23-Código CNES
PR

24-UF
PR

25-Código CRO S
20813

26-Nome do Profissional Executante
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

27-Número no CRO
20813

28-UF
PR

29-Código CRO S
20813

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Clínica	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	6 1 1 0 0	10 10 10	11	11/11/11	11/11/11	11/11/11
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	6 1 1 0 0	10 10 10	11	11/11/11	11/11/11	11/11/11
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	6 1 1 0 0	10 10 10	11	11/11/11	11/11/11	11/11/11
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	6 1 1 0 0	10 10 10	11	11/11/11	11/11/11	11/11/11
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6 1 1 0 0	10 10 10	11	11/11/11	11/11/11	11/11/11
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6 1 1 0 0	10 10 10	11	11/11/11	11/11/11	11/11/11
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6 1 1 0 0	10 10 10	11	11/11/11	11/11/11	11/11/11
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6 1 1 0 0	10 10 10	11	11/11/11	11/11/11	11/11/11
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6 1 1 0 0	10 10 10	11	11/11/11	11/11/11	11/11/11
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6 1 1 0 0	10 10 10	11	11/11/11	11/11/11	11/11/11
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6 1 1 0 0	10 10 10	11	11/11/11	11/11/11	11/11/11
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6 1 1 0 0	10 10 10	11	11/11/11	11/11/11	11/11/11
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6 1 1 0 0	10 10 10	11	11/11/11	11/11/11	11/11/11
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6 1 1 0 0	10 10 10	11	11/11/11	11/11/11	11/11/11
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6 1 1 0 0	10 10 10	11	11/11/11	11/11/11	11/11/11

43-Dados Fornecedor do Tratamento

44-Tipo do Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Tipo de Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante

51-Dia, local e Assinatura do Conselho-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, local e Carimbo da Empresa

54-Dia, local e Carimbo da Empresa

55-Dia, local e Carimbo da Empresa

CLINICA ODONTOLÓGICA

SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50.

CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantas
CRO-PR 20813

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

CONCLUSÃO

2^o V



409200
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Dia de Emissão da Guia 13/01/2012 3-Dia de Autorização 10/03/2012 4-Semana AUTORIZADO 8013945 5-Data Validação da Semana 12/08/2011 6-Data Validação da Guia Principal 8013945 7-Data Validação da Guia 12/08/2011

8-Número da Carteira 1002020253264380000010101012 9-Ramo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validação da Carteira 12/01/2012 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome LEANDRO GONCALVES 14-Endereço 26/10/1990 15-Telefone 16-Endereço 17-Nome do titular do plano LUCIANA DIAS RODRIGUES GONCALVES

18-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06348166910 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06348166910 22-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 23-Número no CRO 20813 24-UF PR 25-Código CNES 20813 26-Código CBO S 20813 27-Número no CRO 20813 28-UF PR 29-Código CBO S 20813

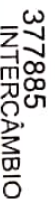
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia 42-Assinatura
1	010	085100196	17	O	1	6,10	0,00	0,00	12	11/20	Referencia
2	010	085100196	13	V	1	6,10	0,00	0,00	12	11/20	Referencia
3	010	085100196	23	V	1	6,10	0,00	0,00	12	11/20	Referencia
4	010	085100196	26	O	1	6,10	0,00	0,00	12	11/20	Referencia
5	010	085100200	37	OV	1	8,00	0,00	0,00	12	11/20	Referencia
6	010	085100196	35	O	1	6,10	0,00	0,00	12	11/20	Referencia
7	010	085100196	45	O	1	6,10	0,00	0,00	12	11/20	Referencia
8	010	082000859	44	1	1	7,30	0,00	0,00	12	11/20	Referencia
9	010	085100196									
10	010	085100196									
11	010	085100196									
12	010	085100196									
13	010	085100196									
14	010	085100196									
15	010	085100196									

43-Dia Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 527,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Cerrado da Empresa

Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813 CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 12005 - CNES 6808999

CONFIDENTIAL



CR0-PR 20813



412454
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2011	4-Data de Autorização 09/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8025830	7-Data Validade da Senha 03/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530570400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RODRIGO CORREA VIERA BRUNISMANN					
14-Data de Nascimento 07/04/1988					
15-Telefone () -					
16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	18-Número no CRO 20813	19-UF PR	20-Código CBO S	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06348166910					
22-Nome do Contratado Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER					
23-Número no CRO 20813					
24-UF PR					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER					
27-Número no CRO 20813					
28-UF PR					
29-Código CBO S					
30-Envio - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0085100218		RESTAURAÇÃO RESINA	21	MVP	1	122,00	0,00		S	26/11/2011		Rodrigo
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00		S	26/11/2011		Rodrigo
3-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	23	DP	1	88,00	0,00		S	26/11/2011		Rodrigo
4-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S	26/11/2011		Rodrigo
5-0082000875		EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	26/11/2011		Rodrigo
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 432,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/2011 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/2011 Rodrigo Brunismann	53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	--	--	--